

# Poučení k formuláři „Přihláška a evidenční list pojištěnce Nezletilé osoby s povoleným dlouhodobým pobytem“

Formulář je určen pro přihlášení ke Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra ČR v souladu s § 2 odst. 1 písm. b) bodu 11 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

## **1. Základní identifikace pojištěnce**

- uveďte osobní údaje pojištěnce (nezletilé osoby s povoleným dlouhodobým pobytem na území ČR), který se přihlašuje k ZP MV ČR

## **2. Adresa pobytu**

- uveďte adresu místa pobytu pojištěnce zapsanou v evidenci obyvatel

## **3. Základní identifikace zástupce**

- zvolte, zdali je zástupce dítěte fyzickou nebo právnickou osobou
- v případě fyzické osoby uveďte osobní údaje zástupce pojištěnce
- v případě právnické osoby uveďte obchodní název, IČO a adresu sídla

## **4. Korespondenční adresa v ČR a kontaktní údaje zástupce**

- uveďte korespondenční adresu zástupce nezletilé osoby s povoleným dlouhodobým pobytem, a to i v případě, kdy korespondenční adresa je identická jako adresa trvalého pobytu nezletilé osoby

## **5. Bankovní účet zástupce**

- uveďte bankovní spojení zástupce, zpravidla účet z kterého bude hrazeno pojistné za zdravotní pojištění nezletilé osoby s povoleným dlouhodobým pobytem

## **6. Prohlášení a podpis zástupce pojištěnce**

- uveďte datum předpokládaného vzniku pojištění (např. den následující po ukončení soukromého pojištění, nabytí právní moci povolení k dlouhodobému pobytu na území ČR)
- uveďte datum vyplnění dané Přihlášky pojištěnce

Vaše dotazy Vám rádi zodpovíme na všech pracovištích ZP MV ČR, popřípadě lze využít služby Infolinky na tel. č 844 211 211. Bližší informace o našich produktech a službách rovněž naleznete na [www.zpmvcr.cz](http://www.zpmvcr.cz)